

心電図・不整脈相談宛

FAX 送信先：078-928-1772

医療法人社団倫生会 みどり病院

〒651-2133 神戸市西区枝吉1丁目16番地 TEL：078-928-1700

注意事項について同意いただける方は「同意する」にチェックを入れて、
相談項目記入へお進みください。 ※必須

同意する

| | | |
|-------------------------------|--|-------|
| お名前（カタカナ） | 姓 | 名 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| 電話番号 | | |
| FAX 番号 | | |
| ご自宅の郵便番号 | | |
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ありの場合は診察券番号をご記入ください 診察券番号（ ） | |
| 現在、心臓の病気で 他院に通院されてい ますか | <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 通院していない | |

相談内容

(例)

- ・心電計で脈の不整と表示されました。特に症状はありません。受診は必要ですか？
- ・健康診断の心電図検査で、「心房細動」との結果でした。受診した方がよろしいでしょうか？

心電図を送付してください